

RICHIESTA DI ADESIONE/RINNOVO

In caso di rinnovo compilare solo il campo Nome e Cognome

Nome e Cognome*: _____

(*) In caso di adesione da parte di ente/società specificarne il nome e indicare il nome del legale rappresentante

Nato/a a: _____; il _____

Residente: _____

Via: _____

Città: _____; **Cap:** _____; **Provincia:** _____

Ente / professione: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

CHIEDE

Di essere ammesso come **Socio Ordinario** di Ass.I.Ort. (Associazione Italiana Ortoterapia e a tal fine allega il Curriculum Vitae e si impegna (in caso di accettazione della richiesta) a provvedere al pagamento della quota associativa pari ad € 20,00

Di rinnovare l'iscrizione alla Associazione per l'anno 2019, provvedendo al pagamento della quota associativa pari ad € 20,00

Bonifico Bancario intestato a:

Associazione Italiana Ortoterapia - Ass.I.Ort.

Banca Popolare Milano - Agenzia 00121

Piazza Carducci 6 - 20052 Monza

IBAN: IT 58 S089 0133 9000 0000 0303 395

Luogo e data

Firma

Informativa sulla Privacy (ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 2016/679)

I Suoi dati saranno utilizzati dal Provider esclusivamente per gli adempimenti amministrativi connessi al tesseramento Ass.I.Ort., trattati in maniera informatizzata e non ceduti in alcun modo a terzi. I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini dell'invio di proposte formative ed eventi future.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo degli articoli 13 e 14 del GDPR 2016/679 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Data _____

Firma _____